SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LORENA ROCIO BRACHO VARGAS**			**CC:**	**1065591193**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LORENA.INGENIERIA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103326191**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 69 80 70**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488422984374**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2746 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

LORENA ROCIO BRACHO VARGAS
PS_2746_2026_57F3B9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LORENA ROCIO BRACHO VARGAS
CC: 1065591193
CEL: 3103326191

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LORENA ROCIO BRACHO VARGAS			
	CON C.C N°	**1.065.591.193**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2746 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.907.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL MES DE MARZO DE 2026. 1.Apoyar la planeación, ejecución y seguimiento del Proceso de Acreditación en Salud institucional, garantizando el cumplimiento de los lineamientos del Sistema Único de Acreditación en Salud. Dentro de la ejecución de esta actividad se llevaron durante este mes estas actividades: - Se realizó revisión y recepción de informes cualitativos de los diferentes equipos de mejoramiento institucional (Seguimiento a equipos de autoevaluación en cuanto a la consolidación y redacción de estándares correspondientes a cada equipo de autoevaluación) -Se realizaron jornadas de evaluación cuantitativa de los siguientes equipos de autoevaluación : AVANCES EN LA REDACCIÓN DE INFORMES CUALITATIVOS 2026 EQUIPOS DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Evaluación cuantitativa EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS ok EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS ok EPM CONSULTA EXTERNA ok EPM CUIDADOS INTENSIVOS ok EPM CIRUGIA ok EPM DE SALUD PÚBLICA/ RUTAS INTEGRALES DE LA SALUD ok EPM DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA ok EPM IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y TERAPEÚTICAS ok EPM DE LABORATORIO CLÍNICO SERVICIO TRASNFUSIONAL Y LABORATORIO DE PATOLOGIA ok EPM DE URGENCIAS ok EPM MEJORAMIENTO DE REHABILITACIÓN ok SEDES INTEGRADAS EN RED DIRECCIONAMIENTO Pendiente por realizar en abril GERENCIA Pendiente por realizar GERENCIA DEL TALENTO HUMANO ok GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO ok GESTION DE LA TECNOLOGÍA Pendiente por realizar GERENCIA DE LA INFORMACIÓN Pendiente por realizar ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Pendiente por realizar PROMEDIO GENERAL -Así mismo también se desarrolló la etapa de priorización de oportunidades de mejora de los siguientes equipos: EQUIPOS DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

1	EPM IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y TERAPEÚTICAS EPM DE LABORATORIO CLÍNICO SERVICIO TRASNFUSIONAL Y LABORATORIO DE PATOLOGIA EPM DE URGENCIAS 2. Apoyar las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor del mismo, de acuerdo con el formato de necesidad de personal, que hace parte integral del presente contrato. En el marco del desarrollo de esta actividad Auditoría No Clínica correspondiente a las buenas prácticas en cuanto el manejo de gases medicínale, específicamente en cuanto al componente saneamiento en infraestructuras, se entregó todas la información correspondiente en cuanto a ese aspecto al líder del a auditoria para consolidación del informe

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9501457674	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/03/20	$ 312.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/20	$ 400.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/20	$ 60.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 773.400

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*LORENA ROCIO BRACHO VARGAS* *PS_2746_2026_57F3B9* **LORENA ROCIO BRACHO VARGAS** **CC: 1065591193**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER* *PS_2746_2026_57F3B9* **MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**